Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Walter Meinhof
aus Halle a. S.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Referent: Geh. Medizinalrat Professor Dr. Schieck.

Halle a. d. S. 1922
Buchdruckerei des Waisenhauses

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534926_0415

Die Ergebnisse der Behandlung des Ulcus corneae serpens in den Jahren 1915 bis 1920 nach Beobachtungen in der Universitäts-Augenklinik zu Halle.

In der Behandlungsweise des Ulcus corneae serpens hat sich seit dem Anfang des 20. Jahrhunderts nicht viel geändert. Bei der Behandlung galt es, die Ursache zu entfernen, ein Weiterschreiten des Geschwürs zu verhindern, die Nebensymptome zu behandeln, die Reparation zu unterstützen und die Folgeerscheinungen fernzuhalten.

Bei dem Auftreten einer Dacryocystoblenorrhoe wurde in der Halleschen Universitäts-Augenklinik regelmäßig die sofortige Tränensackexstirpation vorgenommen. War das Geschwür nur klein, und war eine Progression nicht deutlich, so wurde stets die medikamentöse Behandlungsweise eingeschlagen. Sie bestand in Wärmeapplikation und Atropineinträufelung. Hinzu kam die Optochinbehandlung bei Nachweis von Pneumokokken, die Zincum sulfuricum-Behandlung bei Nachweis von Diplobazillen. Atropin wurde bei zentralem Sitz des Ulcus angewandt, Pilokarpin mitunter bei peripherem. Bei drohender Perforation wurde ein Druckverband angelegt und Bettruhe verordnet. Das Hypopyon wurde nur bei großer Ausdehnung punktiert. Zu Beginn der sechs Jahre legte man nicht so viel Wert auf die konservative Behandlung wie später.

Hatte das Ulcus einen deutlich progredienten Charakter, so wurde sofort die ausgiebige Kauterisation der gelb infiltrierten Ränder vorgenommen. Kam dadurch das Geschwür nicht zum Stehen, so wurde der Eingriff bis zu fünf Malen wiederholt. Bei ganz rapidem Fortschreiten und drohender vollständiger Einschmelzung der Cornea wurde die Querspaltung nach Sämisch vorgenommen, bei eintretender Panophtalmie die Exenteration.

Folgendes Schema gibt die Häufigkeit der einzelnen Behandlungsmethoden bei den 188 untersuchten Fällen wieder:

41,5 %	53,7 % Kauterisation		4,3 % Querspaltung		5,9 % Exenteration		
Konservative Behandlung	einmal	mehrmalig	nach Kauteris.	gleich	nach Querspaltung	nach Kauteris.	gleich
41,5 %	45,8 %	7,9 %	3,2 %	1,1 %	1,1 %	1,1 %	3,7 %

Man hat die Erfahrung gemacht, daß durch sorgfältige konservative Behandlung mitunter das operative Eingreifen vermieden werden kann. Auf diese Beobachtung ist der Rückgang der Häufigkeit der Kauterisation zwischen 1915 und 1920 um mehr als ein Drittel zurückzuführen. Trotzdem sind die Erfolge in bezug auf Erhaltung des Auges sehr gute, da sieben von den elf Patienten, bei denen eine Exenteration notwendig wurde, vorher gar nicht in der Klinik behandelt worden waren und die übrigen vier auch erst spät eingeliefert wurden. Von den später als am dritten Tag eingelieferten Fällen konnten nur 10 % mit der konservativen Methode geheilt werden, während es im ganzen bei 41,5 % glückte. In drei Viertel der Fälle, in denen die Querspaltung angewandt wurde, vermochte diese die Panophtalmie zu verhüten. Jedoch kam es in fast einem Drittel dieser Fälle zur Staphylombildung, und als beste Sehschärfe nach dieser Operation wurden Fingerbewegungen in zwei bis drei Meter Entfernung angegeben.

Über die übrigen Erfolge in bezug auf die Erhaltung des Visus sind nur in einem Drittel aller Fälle Angaben vorhanden. Ebenfalls fehlen Berichte über Verbesserungen durch Staphylomabtragung, Anlegen einer optischen Iridektomie und Einreiben einer Quecksilbersalbe fast ganz.

Die Erfolge der Halleschen Universitäts-Augenklinik vor Allem in bezug auf Erhaltung des Organs bei der Behandlung des Ulcus corneae serpens sind dadurch so große geworden, daß man es verstand, nicht schematisch, sondern individuell vorzugehen, durch Kombination der konservativen mit der operativen Behandlung einerseits unnötige Schädigungen der Cornea durch Glühhitze und Messer zu vermeiden und andererseits die Gefahr der Panophtalmie durch rechtzeitigen operativen Eingriff zu beseitigen.